

SOLICITUD PARA REEXAMINACIÓN DEL CONDUCTOR

INSTRUCCIONES:

1. Complete este formulario si desea que el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) vuelva a evaluar la capacidad de un conductor para manejar de manera segura.
2. Firme esta solicitud en el espacio provisto. Usted puede pedir que su nombre no sea revelado a la persona que está siendo reportada. Se otorgará confidencialidad hasta donde sea posible.
3. Presente su solicitud completada en cualquier oficina del DMV o envíela por correo a la oficina de seguridad vial a: DMV, *Driver Safety Office* (vea las direcciones más abajo para la ubicación de su oficina local).
 Nota: Todas las casillas marcadas con asterisco (*) deben completarse.

NOMBRE DE LA PERSONA REPORTADA (PRIMER NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)*		FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA*	NÚMERO DE TELÉFONO ()
NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR		NÚMERO DE PLACAS DEL VEHÍCULO, SI ESTÁ DISPONIBLE	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL*	CIUDAD*	ESTADO*	CÓDIGO POSTAL*

CONDICIÓN DEL CONDUCTOR — Marque todas las casillas pertinentes a continuación. Por favor use el espacio a continuación para brindar detalles específicos, si se conocen, acerca de la condición médica (física o mental) del conductor, tales como el nombre de la enfermedad o dolencia, cualquier medicamento que tome, etc.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condición médica | <input type="checkbox"/> Confundido/desorientado |
| <input type="checkbox"/> Condición física | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas (describa en el espacio provisto más abajo) |
| <input type="checkbox"/> Condición mental/emocional | <input type="checkbox"/> Pérdida momentánea de la noción, convulsiones, desmayos |
| <input type="checkbox"/> Condición de la vista | <input type="checkbox"/> Requiere ayuda con las actividades cotidianas (ej. cocinar, vestirse, bañarse, conciliar la cuenta de cheques) |
| <input type="checkbox"/> Debilidad o problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Otra condición: |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar | |

COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR — Marque las casillas pertinentes para los problemas de manejo que usted ha observado (si lo necesita, use el espacio provisto más abajo para comentarios adicionales).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No ve o reacciona cuando hay otros vehículos, peatones, etc. | <input type="checkbox"/> Da vuelta frente al tráfico que viene en sentido contrario |
| <input type="checkbox"/> Maneja en el carril equivocado | <input type="checkbox"/> Deja que el vehículo entre y salga fuera del carril |
| <input type="checkbox"/> Maneja en el lado equivocado de la carretera | <input type="checkbox"/> Retrocede o cambia de carril sin mirar hacia atrás o revisar los espejos |
| <input type="checkbox"/> Actúa en forma violenta o agresiva al manejar | <input type="checkbox"/> Presiona el pedal del freno y del acelerador al mismo tiempo |
| <input type="checkbox"/> Maneja muy lento o para sin razón | <input type="checkbox"/> No reacciona a tiempo quizás debido a medicamentos o drogas |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas para maniobrar el volante, frenar o para controlar el vehículo | <input type="checkbox"/> Maneja en la acera (banqueta) |
| <input type="checkbox"/> El tráfico lo confunde | <input type="checkbox"/> Comete errores al manejar mientras habla con los pasajeros |
| <input type="checkbox"/> Se pierde o se confunde al manejar cerca de su casa | <input type="checkbox"/> Se duerme mientras maneja |
| <input type="checkbox"/> No responde a las señales de tránsito, otros vehículos, peatones, etc. | <input type="checkbox"/> Otras acciones (describa a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Da vueltas desde el carril incorrecto | |

Usted puede usar el espacio a continuación para describir más detalladamente la(s) condición(es) del conductor o la(s) acción(es) que lo hacen creer que este conductor debe ser nuevamente evaluado por el DMV.

SU RELACIÓN CON EL CONDUCTOR:*

- Familiar: _____
- Amigo(a) Persona que lo cuida Especialista de la vista
- Corte/Código _____ Otra relación: _____
- Marque aquí si desea que su nombre se mantenga confidencial. Se otorgará confidencialidad hasta donde sea posible. No se considerarán los expedientes que no estén firmados.

NOMBRE (por favor use letra de molde)*

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA

()

SU DIRECCIÓN POSTAL (ciudad, estado, código postal)*

FIRMA*

FECHA*

X

USTED PUEDE ENVIAR POR CORREO O PRESENTAR ESTE FORMULARIO COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DE DRIVER SAFETY (SEGURIDAD VIAL) EN UNO DE ESTOS LUGARES:

Bakersfield, 5800 District Blvd., Ste. 100-B, Bakersfield, 93313

City of Commerce, 5801 E. Slauson Ave., Ste. 250

Commerce, 90040-3050

City of Orange, 790 The City Drive, Ste. 420 Orange, 92868-4941

Covina, 1365 N. Grand Ave., Ste. 101, Covina, 91724-4048

El Segundo, 390 N. Sepulveda Blvd. Ste. 2075, El Segundo, 90245-4470

Fresno, 2510 S. East Ave., Ste. 310, Fresno, 93706-5112

Oakland, 7677 Oakport St., Ste. 220, Oakland, 94621-1906

Oxnard, 2051 N. Solar Dr., Ste. 100, Oxnard, 93036-2650

Redding, 2650 Churn Creek Rd., Ste. 200, Redding, 96002-1169

Sacramento, 4700 Broadway, 2nd Flr., Sacramento, 95820-1501

San Bernardino, 1845 Business Center Dr., Ste 212,

San Bernardino, 92408-3447

San Diego, 1455 Franzee Rd., Ste. 400, San Diego, 92108-4378

San Francisco, 1377 Fell St., 2nd Floor, San Francisco, 94117-2296

San Jose, 90 Great Oaks Blvd., Ste. 104, San Jose, 95119-1314

Stockton, 710 N. American St., Stockton, 95202-1823

Van Nuys, 6150 Van Nuys Blvd., Ste. 205, Van Nuys, 91401-3333